

Praktikertjänst AB  
Dokument- och arkivservice  
103 55 Stockholm

Undertecknad ber att Praktikertjänst AB till mig översänder mina patient-journaluppgifter från

läkare / tandläkare .....

Arbetsplats (läkarhus, vårdcentral etc) .....

.....

Adress .....

Telefon .....

**Personuppgifter patient**

Fullständigt namn		Personnummer
Adress		
Telefon arbete	Telefon bostad	

.....  
Ort och datum

.....  
Patientens underskrift